

Orońsko, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)
.....

WÓJT GMINY OROŃSKO

ul. Szkolna 8

26-505 Orońsko

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG
TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA -
PRZEWODNIKA**

Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2017 r., poz.1824) **zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika:***

- polskiego języka migowego (PJM)
- systemu językowo-migowego (SJM)
- sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

Planowany termin wykonania świadczenia:

data:

godzina:

Określenie celu wizyty:

komórka organizacyjna:

rodzaj sprawy:

Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną*:

- 1) adres poczty elektronicznej:
- 2) kontakt sms/mms – numer telefonu:
- 3) numer faksu:
- 4) telefonicznie przez osobę trzecią na nr tel.:

.....
(podpis wnioskodawcy)

Informacja dla osoby uprawnionej:

Zgłoszenie należy złożyć na co najmniej trzy dni robocze przed terminem planowanej wizyty w urzędzie. Termin spotkania potwierdzony zostanie za pomocą wybranego przez Panią/Pana sposobu komunikowania się.

* zaznaczyć właściwe